

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 janvier 1896, à 1 heure

Par CHARLES MÉRIEUX

Né à Asfeld (Ardennes), le 19 janvier 1869

Ancien externe des hôpitaux

Interne des Asiles de la Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

LA PHLÉBITE VARIQUEUSE SUPPURÉE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

MAYGRIER,

ALBARRAN,

} *agregés*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

119

Année 1896.

THÈSE

N°

119

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 janvier 1896, à 1 heure

Par CHARLES MÉRIEUX

Né à Asfeld (Ardennes), le 19 janvier 1869

Ancien externe des hôpitaux

Interne des Asiles de la Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

LA PHLÉBITE VARIQUEUSE SUPPURÉE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

MAYGRIER,

ALBARRAN,

} *agregés*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N....
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SÉE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY et PAJOT.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILLEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIÉRY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NÉLATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEYS.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	REITTERER.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

MON PREMIER MAITRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556005_0027

AVANT-PROPOS

Au moment d'aller mettre en pratique les excellentes leçons de nos maîtres, nous tenons à leur témoigner notre profonde reconnaissance, en tête de ce modeste travail.

MM. les professeurs Luton, Decès et Doyen de l'Ecole de Reims ont guidé le début de nos études médicales. Nous les remercions des saines leçons de clinique qu'ils nous ont prodiguées.

Nous avons été l'élève de M. le Dr Desnos, médecin de la Charité. Nous adressons un souvenir à la mémoire de ce maître regretté.

M. le professeur Landouzy nous a accepté comme externe dans son service. A son école nous avons appris l'importance de la pathologie générale. Nous sommes fier d'avoir été son élève et nous le prions d'agréer notre reconnaissance.

L'année passée avec MM. Gérin-Roze et Mathieu comptera parmi les plus utiles de nos études.

A M. le Dr Marchant, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital St-Louis et à M. le Dr Guinard, nous devons ce que nous savons de chirurgie.

Nous avons suivi l'enseignement du professeur Pinard et appris auprès de lui l'obstétrique simplifiée et utile.

M. le Dr A. Voisin, médecin de la Salpêtrière, et nos maîtres des Asiles de la Seine, MM. Febvre et Bouchereau, ont été pour nous de précieux guides dans l'étude des ma-

ladies mentales ; bien que destiné à la pratique médicale, nous nous souviendrons toujours de leur enseignement et de l'intérêt qu'ils nous ont témoigné.

Nous devons une reconnaissance particulière à M. le D^r Bouchereau, médecin de l'asile St-Anne, son affectueuse bonté restera à jamais gravée dans notre cœur.

Nous remercions M. le D^r Damalix, chirurgien de la maison de Charenton, et M. le D^r Campenon, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Broussais, d'avoir bien voulu nous autoriser à suivre les malades qui font l'objet de nos observations.

Que M. le professeur Berger veuille bien accepter nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique. Limites du sujet. Observations personnelles.

Notre but est d'étudier la suppuration des varices des membres.

Jusqu'ici, à part Broca (1) qui a fait une étude complète de la phlébite variqueuse dans la *Revue de chirurgie* de 1889, les auteurs les plus classiques n'ont pas cru devoir distraire du chapitre général de la phlébite, la suppuration des varices.

Les monographies (2) sur les varices et sur la phlébite traitent sommairement cette complication. Elles ne s'occupent de la phlébite variqueuse qu'à propos de la cure radicale des varices par inflammation provoquée et oblitération du vaisseau. Nulle part, nous ne trouvons une étude complète du stade suppuratif.

Broca a résumé cet historique restreint de la phlébite variqueuse, et il conclut que nos livres classiques ne sont pas plus explicites qu'Hevin au siècle dernier.

Thiébaux paraît être le premier qui ait signalé la possibilité du phlegmon diffus ou circonscrit et de l'infection purulente parmi les complications des varices.

(1) A. BROCA, Etude clinique sur la phlébite variqueuse. *Revue de chirurgie*, 1889.

(2) SCHWARTZ, Art. Veines in *Dict. de chir. et de méd.* — ROCHARD, Art. Varices in *Dict. encyclop. des sciences médicales.* — BEURNIEF, *Des varices*. Biblioth. Charcot-Debove. — VAQUEZ, De la phlébite des membres. *Clin. de la Charité*, 1894.

Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales* (Paris, 1845), ne dit rien sur la phlébite variqueuse ; il laisse de côté l'anatomie pathologique des varices et parle très peu de leur traitement. Ce n'est que dans son chapitre général « phlébite » qu'il signale les abcès phlébitiques et les suppurations intra-veineuses.

La thèse de Delmont donne, la première, une description convenable de la phlébite variqueuse non suppurée, mais cet auteur paraît avoir méconnu ce stade si grave de la suppuration : il admet que dans la phlébite variqueuse, la résolution est la règle.

Nélaton signale, comme complication des varices, l'inflammation érysipélateuse, le phlegmon diffus et circonscrit et la formation des abcès le long de la veine,

Follin et Duplay ne consacrent pas un long chapitre à la phlébite variqueuse suppurée : « L'érysipèle compliquant les varices est remarquable par sa coloration livide, sa marche lente et chronique ; parfois, il est le point de départ d'un phlegmon circonscrit ou diffus et d'abcès multiples situés le long des veines variqueuses. La phlébite variqueuse est plus fréquente ; elle est le plus souvent adhésive, et c'est à elle qu'il faut attribuer ces oblitérations déjà signalées qui sont un mode de guérison spontanée des varices. Mais parfois, l'inflammation ne se limite point à la veine ; elle se transmet à son atmosphère celluleuse, et la suppuration a lieu au dehors et au dedans du vaisseau. De petits abcès indépendants se forment encore le long de la veine enflammée, mais l'infection purulente est très rare ».

L'évolution des abcès phlébitiques chez les variqueux

ne leur paraît pas mériter une attention particulière, pas plus que le traitement qui leur convient ; ils regardent l'infection purulente comme très rare à la suite de ces abcès.

Plus récemment, un homme des plus autorisés sur la question « varices », M. Quénu, s'exprime ainsi dans le *Traité de chirurgie* :

« L'inflammation aiguë des varices se comporte comme toute phlébite ; son évolution est en rapport avec l'état général du sujet et la virulence de l'agent infectieux. Elle peut être adhésive, passer pour une simple thrombose et se terminer par l'oblitération des vaisseaux ; elle peut être suppurative (spécialement après l'accouchement) et conduire à l'infection purulente ».

En ce qui concerne la conception générale de la phlébite, cette formule est vraie, il faut s'y rallier, mais elle n'enlève rien à l'intérêt clinique que présente la phlébite variqueuse.

Le travail si intéressant de A. Broca montre que la phlébite variqueuse offre des particularités suffisantes pour constituer une vraie modalité clinique.

Il est clinique de penser que la marche d'une infection veineuse sera différente suivant qu'elle se développe sur le réseau d'un membre profondément variqueux, ou sur un système veineux jusque-là sain. Il y a en faveur de cette différence des raisons anatomiques indiscutables. L'unité du chapitre phlébite, si brillamment établie dans ces derniers temps, ne peut être atteinte par cette distinction clinique. M. Cœttinger, dans son récent article du *Traité de médecine*, insiste sur cette unité : « Il nous est permis, dit-il, d'écrire actuellement un chapitre phlébite, dans lequel on peut comprendre la thrombose veineuse marastique (phleg-

matia alba dolens), la thrombose des cachexies et des fièvres, à côté d'autres lésions veineuses dans lesquelles l'infection joue un rôle moins certain, et où l'altération de la veine n'a jamais été mise en doute ».

Vaquez (1) complète cette conception pathogénique et range dans une même étude les phlébites dites chirurgicales, puerpérales, les thromboses médicales ou spontanées ; « car, c'est faire une œuvre artificielle que de vouloir les maintenir dans des catégories spéciales ».

En traitant de la phlébite variqueuse suppurée, nous n'avons pas l'intention d'établir une catégorie spéciale de phlébite et de porter atteinte à cette œuvre d'unité pathogénique si séduisante et si conforme aux faits. Nous voulons simplement étudier une variété clinique de phlébite suppurée.

L'idée de ce travail nous a été inspirée par l'observation de deux malades atteints de phlébite variqueuse suppurée primitive.

Les observations de cette complication sont rares : c'est surtout à l'occasion des interventions opératoires malpropres qu'on les observait jadis (2).

Les autres phlébites chirurgicales graves, évoluant sur un système veineux sain, sont en général sous la dépendance d'une autre affection grave qui a été le point de départ de l'infection veineuse.

(1) VAQUEZ, *De la phlébite des membres*. Tout ce qui touche la pathogénie de la phlébite est remarquablement traité dans ce travail.

(2) MAYDIEU, *De l'influence des varices*, thèse de Paris, 1881. Dans cette étude faite au point de vue pathogénique, l'auteur rapporte de nombreuses observations de phlébite variqueuse. Le mémoire de Broca renferme les plus récentes qu'on ait publiées.

La physionomie de la phlébite variqueuse ne peut être calquée sur ces phlébites secondaires. Cependant, elle-même peut succéder à la pyohémie. Dans ces cas, la localisation sur le réseau variqueux sera remarquable par son intensité et sa diffusion. Bien qu'on ait alors sous les yeux le tableau de la suppuration variqueuse, il vaut mieux observer cette dernière quand elle est primitive, c'est-à-dire quand elle succède à une porte d'entrée peu importante par elle-même, et incapable de modifier la symptomatologie.

Lorsqu'on a affaire à une phlébite suppurée, diffusée à tout un réseau, mais primitive, l'intervention chirurgicale a des chances d'être efficace : non seulement, on peut espérer sauver la vie du malade, mais encore lui conserver un membre utile, quel que soit le nombre des abcès. (Dans notre observation 2, il a été de 23.)

Il y a donc intérêt à suivre la formation et l'évolution des collections variqueuses suppurées. Elles n'évoluent pas, en effet, comme des phlegmons ordinaires. Leur traitement immédiat réclame de grandes précautions. Enfin, après leur disparition, elles peuvent laisser le membre dans un état qui réclame un traitement ultérieur.

Ce travail n'a qu'un simple but clinique, il vise un point du grand chapitre phlébite où toutes les notions générales doivent être utilisées, mais où elles ne suffisent pas.

Nous n'étudions pas toutes les phlébites variqueuses suppurées, nous avons en vue celles qui évoluent seules et ne sont pas défigurées par une infection générale primitive.

OBSERVATION I (Personnelle, Service de M. DAMALIX,
de l'asile national de Charenton).

*Phlébite variqueuse suppurée, diffusée à tout le réseau de la jambe
et à la saphène interne jusqu'à son confluent dans la fémorale. —
Pyohémie. — Mort.*

Le nommé X. . . , âgé de 60 ans, entre au mois de juillet 1893 à l'hôpital de Charenton, dans le service de M. le Dr Damalix.

A son entrée, le malade a 39° et présente les signes d'une infection très avancée ; sa jambe est entourée de cataplasmes et dans un état de malpropreté extrême.

Sur la face interne de la jambe, ulcère variqueux étendu ; le reste du membre est couvert d'abcès phlébitiques, le trajet de la saphène est douloureux et envahi jusqu'à la racine du membre. A ce niveau siège une énorme masse du volume du poing que l'on prendrait pour un adéno-phlegmon crural, mais le cordon phlébitique adjacent indique la participation veineuse, et on admet la possibilité d'un adéno-phlegmon concomitant. Cette masse n'est pas fluctuante.

Bien que l'état du malade laisse peu d'espoir : il tousse et fait de l'infection généralisée, on procède à la désinfection superficielle du membre au sublimé et à l'eau phéniquée forte et on incise tous les abcès au thermocautère.

La saphène interne forme ainsi une gouttière purulente jusqu'au tiers moyen de la cuisse ; le reste de la saphène est évidemment thrombosé.

Le lendemain, l'état général du malade est stationnaire : température très élevée ; de nouveaux abcès se forment sur la saphène.

Le 3^e jour, on est au niveau de la masse de la racine du membre : cette dernière est ramollie, violacée ; il y a là évidemment un énorme foyer de phlébite avec périphlébite et peut-être adénite. On incise cette poche d'où s'échappe un flot de pus et une masse de caillots noirâtres. Il ne se produit pas d'hémorrhagie comme on aurait pu le craindre. Le malade tousse par suite de broncho-pneumonie infectieuse et à chaque effort de toux, il expulse par sa poche crurale des

caillots noirâtres. Il succombe le lendemain matin. Son autopsie n'a pu être faite.

Cette observation nous a paru intéressante au point de vue de la localisation sur le confluent de la saphène. L'incision du foyer faisait craindre soit une hémorrhagie (elle ne se produisit pas immédiatement, la poche devant être limitée par les thromboses iliaques), soit une embolie par mobilisation des caillots.

Mais l'ouverture spontanée était inévitable; il valait mieux la devancer. Malheureusement, le malade était venu trop tard pour bénéficier d'un traitement quelconque.

OBSERVATION II (Personnelle).

Phlébite variqueuse suppurée de la jambe droite. Suppuration diffuse du réseau variqueux superficiel et profond. Incision de 23 abcès. Guérison. (Malade venue en pleine infection à l'hôpital Broussais dans le service de M. le Dr CAMPENON, qui a bien voulu nous autoriser à prendre cette observation avec l'aide de son interne M. ESCAT.)

La nommée X., âgée de 43 ans, blanchisseuse, entre le 16 août à l'hôpital Broussais, dans le service de M. le Dr Campenon. Cette malade est envoyée par le Bureau central.

Les *antécédents* nous fournissent les faits suivants : bonne santé antérieure ; 10 grossesses qui ont évolué normalement et n'ont laissé à la malade que des varices ; depuis sa dernière grossesse, elle n'en avait guère souffert.

Il y a cinq ans, elle eut, dit-elle, un érysipèle à la jambe droite. Elle entra à l'hôpital St-Louis où elle fut isolée, elle y séjourna pendant près de trois semaines. Il ne semble pas qu'il y ait eu à ce moment de poussée de phlébite bien intense.

Il y a six mois, étant au lavoir, elle se blessa au-dessus de la malléole interne gauche et vit une ulcération se développer à ce niveau,

remontant sur le cou-de-pied ; elle pansa cette plaie avec des remèdes de bonne femme. Au bout de deux mois, la plaie s'était fermée ; une cicatrice de 8 à 9 centimètres a persisté à ce niveau.

Depuis deux mois, elle souffre réellement de ses varices, mais elle a continué à travailler. Au niveau de la face interne du genou droit, elle souffrait particulièrement d'un paquet variqueux : douloureux le jour et la nuit.

Le 15 juillet à 9 heures du matin allant au lavoir, elle est prise d'un violent point de côté à la base du poumon droit avec gêne respiratoire ; elle tousse, vomit, mais ne crache rien de caractéristique. On la ramène chez elle où elle reste jusqu'au 8 août, souffrant toujours de son côté et aussi de sa jambe droite qu'elle enveloppe de cataplasmes.

Le 8 août, elle entre à St-Louis où on la garde quelques jours, mais où, faute de place, on l'évacue sur le Bureau central qui l'envoie à Broussais.

A son entrée, on constate que la malade est en pleine infection phlébitique : elle frissonne, a 39°, est très agitée et se plaint de la jambe.

On constate que la jambe est dans un état de malpropreté extrême ; la peau présente cette couleur brune et violacée spéciale aux membres variqueux. L'œdème s'étend à tout le membre qui est très douloureux et on découvre immédiatement quatre abcès du volume d'un œuf de dinde : deux sur le trajet de la saphène interne ; un sur la face antéro-externe de la jambe ; le troisième sur le trajet de la saphène externe (milieu du mollet) ; des deux premiers l'un siège à la face interne du genou, c'est le point malade le premier en date d'après la malade : celui dont le début a coïncidé avec les accidents pulmonaires ; le second, plus bas sur la face interne de la jambe.

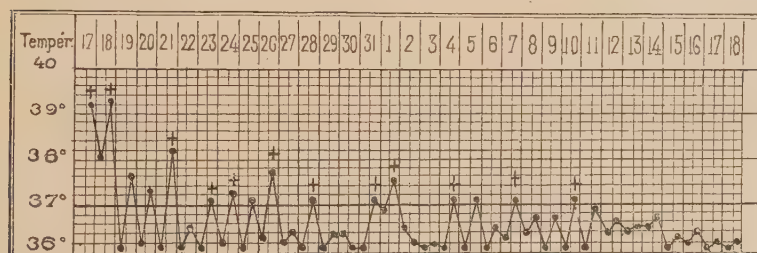
L'abcès situé sur la face antéro-externe de la jambe, est à cheval sur la crête du tibia.

Le quatrième à la face postérieure du mollet, sur le trajet de la saphène externe. Quelques petits abcès du volume d'une noisette sont disséminés du côté du ligament rotulien.

L'aspect de ces collections est le suivant : la peau est amincie, pâle

ou violacée. A peine en quelques points, une teinte rosée décèle l'inflammation. La limite des poches est bien tranchée et non diffuse comme dans les phlegmons ordinaires. Le pus paraît s'être formé très rapidement, plutôt aux dépens du foyer variqueux que de la périphlébite, le cordon phlébitique n'est perceptible qu'au-dessus du premier abcès.

Le reste de la jambe est œdématié, douloureux. Au niveau du cou-de-pied sur les deux points pré-malléolaires interne et externe, au point où la chaussure frotte, on constate deux petites ulcérations qui donnent accès dans un décollement sous-cutané droit en tunnel, de plusieurs centimètres. Une sérosité louche et fétide s'échappe de ces orifices qui ont succédé, au dire de la malade, à de petits boutons, et que l'on rattacherait volontiers à de l'ecthyma. Ces plaies paraissent



Chaque croix marque l'incision d'un abcès. A partir du 10 il s'est encore formé des abcès mais la courbe n'a plus présenté d'oscillation.

sont avoir été le point de départ de l'infection du réseau ; on ne trouve pas d'autre porte d'entrée.

La malade ne présente rien du côté du poumon.

Elle est très agitée et l'état général très mauvais.

Le 17. Incision large de tous les foyers (ainsi que des trajets pré-malléolaires), qui laissent échapper un pus fétide, mêlé de caillots noirs.

On déterge par un courant de sublimé et le fond des poches est désinfecté au chlorure de zinc. Les poches sont bourrées de gaze iodoformée trempée dans l'eau boricée (1).

(1) La gaze iodoformée a été remplacée par de la gaze salolée, au bout de 10 jours la malade se plaignant du goût d'iodoforme.

Un des abcès, celui qui siège sur le trajet de la saphène, n'est pas incisé d'un bout à l'autre : on place un gros drain.

Pansement humide sur toute la jambe, renouvelé deux fois par jour.

Le lendemain, nouvelle incision d'un abcès à la face postérieure du mollet. L'abcès drainé donne beaucoup de pus. Le soir la température tombe à 36°.

Le 29 août, on élargit l'incision de l'abcès drainé, ce qui donne une ouverture de 18 centimètres environ.

Au fond de la poche ainsi étalée, on voit dans l'angle profond et inférieur sourdre du pus. Le doigt engagé à ce niveau, en décollant l'interstice, arrive dans la région profonde de la jambe où se trouve une nouvelle collection développée aux dépens du réseau veineux profond.

Il y a là un véritable abcès en bouton de chemise. L'évacuation du clapier inférieur est assurée par une contre-ouverture à la partie postérieure du mollet. Le trajet est désinfecté avec des tampons montés.

Les jours suivants, la cavité se couvre de bourgeons charnus. Mais de nouveaux abcès se forment : l'un d'eux se forme dans l'un des trois premiers, sur la face antéro-externe de la jambe et à cheval sur le tibia. Ce dernier est largement mis à nu.

Chaque foyer primitif est secondairement agrandi par les incisions que nécessitent les nouveaux abcès qui s'ouvrent dans les premiers. Du côté externe comme du côté interne, on pénètre par l'interstice dans des clapiers profonds.

On est obligé de râcler la surface du membre pour enlever l'épiderme exfolié et macéré par le pansement humide. Ce râclage est pratiqué avec une spatule, légèrement et sans pression.

Pendant le pansement, on s'est attaché à imprimer le moins de mouvements possible, et la jambe soulevée par l'extrémité des orteils n'a pas subi de mouvements étendus. Quant à la flexion de la cuisse sur le bassin, quoique minime elle a été obligatoire pendant les pansements. Il n'existait pas, heureusement, de signes de phlébite dans la partie terminale de la saphène interne.

Le 20 septembre incision d'une petite poche pleine de sang, douloureuse.

L'incision de tous les foyers s'est faite sans hémorrhagie, il ne s'est écoulé que le sang renfermé dans la poche, même lorsque cette dernière était située sur le trajet d'une grande voie de transmission.

Ces poches étaient isolées par les coagulations et nulle trace de communication avec une veine libre n'a été constatée.

La présence des plaies pré-malléolaires, la multiplicité des abcès, les nécessités du pansement et de l'exploration ont empêché de maintenir le pied à angle droit par un appareil de contention efficace ; le processus phlébitique des veines profondes intervenant, il s'est formé un pied-bot équin.

Ce pied-bot tient ici du vice de position et de la phlébite.

Le 20 octobre, la cicatrisation était complète sur tous les points, mais la phlébite, pouvant être considérée comme terminée depuis longtemps, tous les jours, on imprimait quelques mouvements au pied.

Malgré une certaine atrophie, l'état du membre est bon, les incisions ayant surtout porté sur le trajet des veines superficielles, et les collections profondes ayant été ouvertes dans les premières à travers les interstices. Il n'y a eu de lésé que quelques faisceaux musculaires et peut-être quelques branches nerveuses superficielles.

Les tissus sont souples ; la peau en très bon état, sensible, mais fortement pigmentée en brun, avec un peu d'œdème. Les cicatrices sont linéaires. Le tibia est recouvert en avant sans cicatrice adhérente.

La malade est guérie en décembre 2 mois environ après la dernière poussée de phlébite. On pratique des séances de massage qui font rapidement disparaître l'œdème.

Le membre fonctionnerait très bien sans le pied-bot ; les raideurs des doigts sont réductibles, mais la rétraction du tendon d'Achille réclame une ténotomie (1).

(1) La ténotomie du tendon d'Achille a été pratiquée le 30 décembre et le pied immobilisé à angle droit.

CHAPITRE II

Étiologie. — Pathogénie. — Anatomie pathologique.

§ 1. — Étiologie. — Pathogénie.

Comment les varices arrivent-elles à suppurer ? Le membre variqueux est déjà un foyer morbide qui semble réaliser les meilleures conditions pour s'infecter. Les causes prédisposantes à toute infection : la fatigue, le surmenage, le défaut d'hygiène, peuvent exercer toute leur action. Presque toujours, les variqueux, au moins ceux qui viennent réclamer les soins du médecin, sont des journaliers soumis à toutes les rigueurs du travail et de la misère.

Mais la plus importante de ces causes prédisposantes, celle qui facilite l'influence des causes directes, c'est la constitution du réseau veineux.

Qu'il soit canaliculé comme dans les gros troncs, caverneux ou distendu en poche ou en ampoule comme dans les poches variqueuses, le foyer variqueux constitue avec son contenu un merveilleux appareil de culture. Le bouillon de culture formé de sang et de caillots, est prêt pour l'ensemencement ; les conditions mécaniques pour la collection et la diffusion du pus sont parfaites.

On trouve tous les degrés de la stagnation, depuis la stase absolue des poches isolées ou des segments veineux isolés entre deux thromboses jusqu'au simple ralentisse-

ment des pelotons veineux déformés par l'allongement et la dilatation.

Maydiou a fait une étude spéciale de la pathogénie des phlébites variqueuses, il les rattache à trois causes :

L'état puerpéral ;

Les affections aiguës ;

Les affections chroniques.

En expliquant le mode d'action de ces causes, il attribue une influence prépondérante à l'état du sang, sa thèse est un plaidoyer en faveur de la cause prédisposante.

Aujourd'hui, la pathogénie des phlébites s'est éclairée d'un jour nouveau. Depuis la thèse de Vidal, les travaux de Vaquez, de Quénu, de Broca, l'importance de l'infection veineuse est mise au premier rang.

Tout en reconnaissant le groupe des phlébites toxiques et des phlébites constitutionnelles, on agrandit sans cesse le cadre des phlébites infectieuses. Dans ces dernières, l'état du sang est accessoire et tout entier sous la dépendance de l'agent microbien ; la coagulation sanguine n'est pas cause, mais effet de la lésion veineuse.

La phlébite variqueuse suppurée ne fait pas exception ; malgré l'état préalable du système veineux les varices ne suppurent que lorsqu'elles sont infectées.

Nous avons à nous occuper dans ce chapitre de la manière dont se fait cette infection.

Causes prédisposantes. — Les causes dites prédisposantes ont une valeur réelle qu'il importe de connaître. La fatigue, le surmenage, les traumatismes sans solution de continuité extérieure, tels que la contusion, la constriction peuvent agir de deux façons : ils augmentent la stase, lè-

sent l'endoveine et favorisent la formation des thromboses.

Mais ils peuvent aussi déterminer des solutions de continuité en particulier à la limite des ulcères variqueux, et ces lésions insignifiantes pour l'œil ouvrent une porte suffisante pour l'infection.

On pourrait encore donner une autre interprétation de leur mode d'action : ils peuvent, par attrition, briser soit la paroi veineuse, soit les vieux thrombus déjà formés.

Or, ces derniers sont souvent le produit d'une endophlébite infectieuse, ou même le reliquat d'une véritable phlébite suppurée. On pourrait penser que certains des germes emprisonnés dans les mailles du caillot ont pu rentrer dans la circulation et retrouver l'activité nécessaire pour faire suppurer le thrombus et le sang qui l'entoure.

Il n'en est rien cependant, comme nous le verrons plus loin.

Toutes ces causes sont insuffisantes pour expliquer la suppuration des varices.

D'autres motifs obscurcissent la pathogénie des phlébités. Les poussées multiples de phlébite, les récidives inflammatoires que l'on observe chez les variqueux « ne sont pas toujours susceptibles d'une solution catégorique. Très fréquemment, les variqueux sont goutteux et il est parfois difficile de distinguer ce qui appartient à la maladie générale de ce qui dépend exclusivement de la lésion locale ».

L'action des causes prédisposantes reste donc obscure.

L'étiologie de la phlébite variqueuse n'est pas toujours facile à établir en dehors du stade suppuratif. Les malades attribuent les poussées de phlébite à la fatigue, aux contusions, etc. Mais quand il y a phlébite suppurée, une pareille

interprétation est insuffisante et il faut déterminer les « causes directes ».

Causes directes. — La possibilité d'une phlébite sous l'influence d'un traumatisme septique à distance doit être admise : elle est prouvée par un fait. M. le Dr F. Charcot a rapporté en 1876 le cas d'une phlébite de la fémorale droite, survenue à la suite d'une piqûre anatomique de l'index et c'est lui-même qui fut victime de cette curieuse complication (*Union médicale*, 1876, p. 62).

Vaquez rapporte ce fait.

La thèse de Maydiou fournit plusieurs observations de ce genre empruntées à M. Bouilly. Il cite le cas d'un vieillard, souffrant d'une hypertrophie prostatique avec néphrite, qui vit s'enflammer ses veines variqueuses.

Certaines infections traumatiques semblent agir de même et Bouilly a communiqué à Maydiou deux observations intéressantes ; l'une d'elles est relative à une plaie au bras droit par balle de revolver ; il se fit de la phlébite et de la périphlébite variqueuses, quoique le malade eût toujours gardé le lit. L'autre se termina par suppuration : il s'agissait d'une plaie du cuir chevelu qui avait déterminé de la fièvre chez un alcoolique.

Le même auteur a vu des hémorroïdes s'enflammer après une piqûre anatomique (A. BROCA, *loc. cit.*, p. 65).

La phlébite puerpérale suppurée relève de l'infection à distance ; elle succède toujours à une infection utérine, que cette infection se propage directement par la phlébite pelvienne ou par embolie microbienne. La phlébite variqueuse des femmes enceintes ne suppure qu'après l'accouchement ; elle évolue toujours avec une infection utérine et souvent avec une infection pyohémique.

Il y a donc lieu d'admettre comme mécanisme pathogène l'infection à distance, ce qui est autrement satisfaisant que l'action attribuée aux causes prédisposantes, à l'état du sang, au surmenage, à la fatigue, aux contusions.

Après l'infection à distance il faut admettre l'infection sur place :

Le rôle du traumatisme sans solution de continuité extérieure pourrait s'expliquer par la mise en liberté des micro-organismes contenus dans les caillots ; mais cette interprétation est passible de sérieuses critiques. « Les agents infectieux, dit Vaquez, abandonnent assez rapidement les caillots intra-vasculaires ; nous savons avec quelle rapidité les micro-organismes pathogènes disparaissent du sang vivant. Les recherches de Wissokowitch sont à cet égard très intéressantes. Lorsque le sang est coagulé, la disparition se fait à coup sûr plus lentement, mais dans les coagulations qui ont de 15 à 20 jours d'ancienneté, il est facile de voir que les micro-organismes sont peu abondants. Souvent il est difficile d'obtenir des cultures positives : des caillots d'aspect puriforme restent stériles.

La présence des microbes dans les parois des veines ne peut être de même constatée que pendant la période active de la phlébite. Plus le caillot est vieux et plus la recherche des microbes est incertaine, et quand la veine est transformée en cordon fibreux, la nature infectieuse de la phlébite ne peut plus être légitimement prouvée ».

La vraie cause de la suppuration primitive des varices doit être cherchée dans les solutions de continuité variqueuses ou prévariqueuses. Mais ici encore, il y a lieu de discuter l'importance de ces solutions de continuité et

l'infection sur place n'est pas aussi simple qu'elle paraît.

Au premier rang, on a invoqué l'ulcère variqueux. « Comme le disent tous les auteurs classiques, la phlébite aura souvent pour point de départ une ulcération sur une jambe variqueuse. C'est, ajoute Broca auquel nous empruntons ces lignes, une cause fréquente, en raison de la prédisposition considérable des membres variqueux aux ulcérations ; sur ces ulcères mal soignés, dont les porteurs se promènent avec des pansements insuffisants ou nuls, les contusions légères mais répétées créent des portes d'entrée multiples aux micro-organismes qui pullulent à la surface de ces plaies malpropres ».

Telle est l'opinion classique ; elle est en effet conforme au mode d'évolution des infections en général : la plaie seule doit être considérée comme la porte d'entrée idéale pour les infections vasculaires lymphangitiques ou phlébitiques, et cependant la clinique nous donne ici un démenti apparent, en ce qui concerne le rôle de l'ulcère variqueux, ce dernier ne constitue pas par lui-même une porte d'entrée et son rôle dans la pathogénie de la phlébite variqueuse aiguë doit être précisé. Broca parle avec raison des solutions de continuité légères. Si l'on songe au nombre incalculable d'ulcères variqueux qui encombrent les consultations et à l'état déplorable, si bien mis en relief par Broca, dans lequel sont tenues ces plaies, on est frappé de la rareté des complications phlébitiques graves. Il est vraiment étonnant de voir les malheureux atteints de cette infirmité exercer sans danger des travaux pénibles.

Tout est réuni pour assurer l'infection et sa marche : le voisinage du sol, la profession des malades : blanchisseu-

ses, balayeurs de rues, garçons d'abattoirs, etc., tous en contact journalier avec des matières septiques, et payant tribut à toutes les causes prédisposantes.

Toutefois, les infections graves sont rares ; Schwartz a bien noté ce fait de la rareté des suppurations variqueuses en général, mais sans en discuter la cause. « Les poussées de phlébite aiguë, dit-il, sont fréquentes chez les variqueux, mais la suppuration des varices est rare. Maydiou donne de nombreuses observations de phlébites variqueuses nettement infectieuses (la plupart empruntées à Bouilly) et qui, malgré des symptômes alarmants, se sont toutes terminées par résolution.

Il y a, dans cette rareté des suppurations variqueuses, un fait clinique indiscutable.

En revanche, autant les vieux ulcères variqueux paraissent peu dangereux et compatibles avec une évolution torpide, autant les plaies légères, mais récentes, les lésions inflammatoires banales qui sont si fréquentes autour des ulcères, se compliquent facilement de lymphangite, d'adénite et d'infection veineuse.

On a vu des ulcères variqueux envahis par un érysipèle, guérir sans que le réseau variqueux soit envahi, tandis qu'une simple excoriation peut donner lieu à une suppuration variqueuse diffuse (obs. II).

L'ulcération variqueuse, lorsqu'elle est récente, est une porte d'entrée facilement franchie. On peut dire que plus un ulcère variqueux est vieux, moins il est dangereux pour l'infection.

Chez une de nos malades (obs. II) l'infection est partie

d'une excoriation minime de la face dorsale du pied ; elle n'avait pas d'autre porte d'entrée.

Le malade de Broca (obs. XI) avait un ulcère datant d'un mois et déterminé par une lame de fer.

Il est évident qu'il faut invoquer ici la différence qui existe au point de vue de l'absorption entre la plaie fraîche et la plaie bourgeonnante. On connaît la rapidité d'absorption de la première. On sait au contraire que le bourgeon charnu qui suppure bien et ne saigne pas, n'absorbe que peu ; sa membrane granuleuse protectrice sépare l'organisme de l'extérieur jusqu'au moment où une déchirure mécanique ouvre la porte aux germes. Peut-être doit-on demander une autre explication à la structure de l'ulcère : la nappe scléreuse qui forme le fond du vieux ulcère présente une imperméabilité relative ; tous les éléments de la peau susceptibles d'absorber : glandes et vaisseaux, sont détruits ou oblitérés par le tissu scléreux.

Quénu a bien montré les effets de ce processus de sclérose qui détruit toute relation entre les éléments cellulaires et les voies de la circulation, et amène la nécrose des tissus.

En résumé, l'ulcère variqueux non récent n'est pas par lui-même une porte d'entrée ; c'est un réceptacle de micro-organismes qui n'attendent qu'une effraction traumatique pour envahir le réseau veineux. L'effraction récente, voilà la vraie porte d'entrée, la vraie cause de suppuration variqueuse primitive.

Le plus grand nombre de phlébites variqueuses suppurées est fourni par les interventions chirurgicales de la période pré-antiseptique. La cure radicale des varices a été marquée par nombre de désastres qui prouvent la gravité de la plaie veineuse récente.

La rapidité de l'absorption des micro-organismes par les plaies fraîches est foudroyante.

C. Schimmelboûch (1), dans une série d'expériences faites en vue d'étudier la désinfection des plaies récentes, n'a pu arriver à préserver un animal de l'infection générale lorsqu'il infectait une plaie récente avec le pus de l'anthrax ou le streptocoque septicémique. La pénétration des germes était si rapide que, même en coupant la queue d'un rat ou d'un lapin cinq minutes après l'infection, les germes étaient déjà dans le torrent circulatoire.

En face de ces faits, on est frappé de l'immunité dont jouissent les porteurs de ces énormes ulcères variqueux, et on peut dire qu'au point de vue des absorptions septiques, ils sont au-dessous des plaies bourgeonnantes, car les ulcères ne bourgeonnent que lorsqu'ils tendent à guérir : à ce moment, il y a une désobstruction des capillaires, et une nouvelle activité circulatoire.

§ 2. — Anatomie pathologique.

Nous n'avons pu faire l'autopsie d'une phlébite variqueuse suppurée. Nivert a publié sur ce sujet un mémoire intéressant dans lequel on trouve plusieurs observations de phlébites variqueuses suppurées diffuses, devenues mortelles. Les autopsies qu'il a pu faire lui ont montré que les lésions locales qu'il a rencontrées ne diffèrent pas de celles qu'on observe dans la phlébite, et que les lésions concomitantes viscérales sont le résultat d'inflammations

(1) *Revue de Hayem*, 1895.

coexistantes avec la phlébite par le fait de l'infection purulente.

Maydiou admet une forme circonscrite et une forme diffuse.

Dans la forme circonscrite, il a bien mis en relief la fréquence de l'inflammation péri-veineuse et la ressemblance de l'abcès phlébitique avec le phlegmon ordinaire.

Dans la forme diffuse, Maydiou a encore montré le rôle protecteur des caillots qui isolent les foyers purulents. Ce rôle n'est pas toujours le même et le ramollissement du thrombus change la barrière protectrice en embolie septique. Les incisions multiples que nécessite une phlébite diffuse peuvent fournir certains renseignements sur la disposition des lésions.

Lorsqu'il existe des poches variqueuses, ces poches peuvent se transformer en abcès sans qu'il y ait périphlébite. Sans vouloir préciser les limites de la phlébite et de la périphlébite, on peut dire que dans les formes hyperseptiques, la formation du pus dans l'intérieur du réseau peut être assez rapide pour que la région péri-veineuse n'ait pas le temps de réagir ; aussi est-il possible d'ouvrir des poches sanguines alors qu'on croit à une poche purulente.

L'aspect extérieur de l'abcès peut être semblable à celui d'une poche variqueuse. Dans le cas où on ouvre cette dernière, « on se consolera d'avoir évacué une collection sanguine ; peut-être même est-ce le moyen d'amener la guérison la plus rapide (1) ».

Dans d'autres cas, on peut avoir une diffusion du pus,

(1) A. BROCA, *loc. cit.*

non seulement dans les interstices qui séparent les muscles, mais encore dans les muscles eux-mêmes.

Les communications du réseau superficiel avec le réseau profond constituent de vrais abcès en bouton de chemise et l'ouverture de l'un des clapiers aide à l'évacuation de l'autre et permet de guider les incisions et de les rendre le moins nuisibles possible pour les nerfs et les muscles.

Les suppurations variqueuses commencent ordinairement par le réseau superficiel, surtout par la saphène interne, mais l'abcès phlébitique profond peut être le premier en date.

Après la suppuration totale du réseau de la jambe, celle de la cuisse peut suivre et procéder encore du réseau superficiel vers le profond.

Tout ce qui touche aux transformations de la paroi et du contenu des foyers a été magistralement étudié par Vaquez (1). Il en est de même des lésions tardives que l'on peut relever ultérieurement dans un membre éprouvé par une longue phlébite.

(1) VAQUEZ, *loc. cit.*

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Il semble que la symptomatologie de la phlébite variqueuse suppurée doit être précédée par celle de la phlébite non suppurante, la première n'étant qu'un stade de la seconde. Cependant, tout en décrivant les signes qui doivent faire prévoir la suppuration des varices, nous laisserons de côté la phlébite non suppurée.

Les poussées de phlébite non suppurante sont très fréquentes chez les variqueux. Broca en a donné une description à laquelle nous renvoyons le lecteur.

Avant l'apparition du pus, il est bien difficile de considérer ces poussées comme le premier stade d'une phlébite septique ; les atteintes de phlébite constitutionnelle apyrétiques ou pyrétiques peuvent donner lieu aux mêmes symptômes. La présence d'une porte d'entrée locale ou d'un foyer infectieux à distance peut seule rendre suspecte au début une poussée de phlébite sans réaction fébrile et faire craindre la suppuration.

L'apparition du pus ne se traduit pas toujours par des signes bruyants. Cependant, il est un symptôme qui doit toujours tenir en éveil et faire rechercher l'abcès phlébitique : ce symptôme, c'est la fièvre. Bien que la complication qui nous occupe soit rare, il faut toujours y songer

dès qu'on se trouve en présence d'un variqueux atteint d'accidents fébriles.

Les signes locaux peuvent nous renseigner immédiatement. Mais la crainte de l'embolie fait qu'on néglige souvent d'examiner le membre enflé et douloureux ; on l'enveloppe de ouate, on l'immobilise ; il devient un *noli me tangere*.

La coloration anormale de la peau sur certains membres variqueux, ainsi que l'œdème généralisé, masquent à l'œil le foyer morbide, et si on s'interdit la palpation, on méconnaît une complication grave que peu de médecins ont vue et suivie, malgré le nombre immense des variqueux.

Chez les variqueux, tout symptôme aigu commande un examen minutieux, ce qui n'exclut nullement la douceur et la prudence nécessaires pour éviter une embolie.

Lorsque la pyohémie précède la phlébite, cette dernière n'est qu'un incident, une localisation grave. Les autres foyers d'infection diront ce qu'on peut attendre de l'évolution de la phlébite. Dans ces cas, la suppuration diffuse est la règle ; dès que la veine réagit, il faut s'attendre à l'abcès.

Sur un réseau veineux sain, une localisation pyohémique peut se borner à la suppuration du caillot, comme l'a démontré Vidal. Mais sur un réseau ectasié, variqueux, sur une poche pleine de caillots et de sang, les désordres locaux ne peuvent être que plus graves, et le plus souvent dans ce cas, on observerait une suppuration veineuse diffuse.

Quand la suppuration est primitive c'est-à-dire due à une lésion du membre variqueux, la lésion locale ne se confond pas avec la pyohémie, bien qu'elle puisse en être le point de départ. C'est là le type clinique qui nous occupera.

Avant de décrire les signes locaux de la suppuration variqueuse et les formes cliniques que l'on rencontre, nous tenons à dire un mot sur l'importance de la fièvre dans cette complication.

La fièvre est le signe général le plus important de l'abcès phlébitique; elle s'élève subitement, précédée ou non de frisson, à 39° et 40°. Elle peut se maintenir à ce niveau jusqu'à l'ouverture de l'abcès, ou jusqu'au moment de la mort.

D'autres fois, elle présente les grandes oscillations de la pyohémie. Les abcès se formant très vite à cause de la cavité et du milieu préalable, et s'ouvrant parfois très vite à cause de la minceur des téguments au niveau des poches variqueuses, il en résulte des oscillations successives qui rappellent les infections métastatiques de la pyohémie dans les viscères, mais qui, en réalité, traduisent l'infection successive des segments variqueux.

Il ne faut donc pas conclure trop vite à l'infection générale, et à chaque oscillation, il faut compter un nouvel abcès et le rechercher minutieusement.

Les deux malades dont nous donnons l'observation se sont présentés à l'hôpital avec des températures très élevées; l'un en pleine pyohémie avec l'infection diffuse de tout le réseau veineux du membre inférieur droit. Chez celui-ci, l'intervention la plus énergique ne put modifier la courbe: la lésion locale s'effaçait devant l'infection générale. L'autre malade avait 4 abcès de la jambe et une température de 39°; mais, à part la pluralité des abcès du réseau de la jambe, il n'y avait pas lieu de dire que la suppuration était diffuse dans tout le membre.

Chez cette malade, le traitement amena la chute de la

température. Toutefois, des abcès successifs se produisirent et la courbe thermique traduisit la formation de ces abcès par des oscillations légères mais constantes. A chaque abcès la courbe se releva, mais bien que la plupart des nouvelles collections fussent aussi volumineuses que la première et remplies par un contenu fétide la température ne s'éleva jamais au niveau du début. On ouvrit successivement 23 abcès à la jambe ; un petit à la cuisse.

Vers la dixième semaine, la malade, d'ailleurs en très bon état général, avait comme température normale ordinaire 36°, et dès que la température montait à 37, 37°2, 37°5, on était sûr de trouver un abcès, si bien que la malade pleurait dès qu'elle voyait sur sa feuille 37°5, sachant que cette petite oscillation marquait un coup de bistouri. A la fin, plusieurs abcès se produisirent sans la moindre oscillation thermique.

Nous signalons cette décroissance de l'élévation thermique accompagnant les derniers abcès phlébitiques aussi volumineux et aussi fétides cependant que les premiers, pour montrer que la température de 37° ne doit pas endormir le chirurgien.

La moindre oscillation thermique a de la valeur, et en l'absence de tout état fébrile, il faut admettre la possibilité d'un nouvel abcès et le rechercher.

Parmi les abcès incisés chez la malade de l'observation II, plusieurs ont été latents, ne se révélant ni par la douleur, ni par la fièvre et le doigt seul, aidé (mais pas toujours) de la vue, a permis de les diagnostiquer.

Ces foyers de phlébite suppurée latente peuvent entraî-

ner de grands décollements et s'ouvrir spontanément sans que la malade accuse rien d'anormal à leur niveau.

Tout le monde sait que la fièvre n'est pas un symptôme constant des suppurations profondes. Nous n'avons pas observé d'abcès phlébitiques apyrétiques au début de l'affection, mais il faut en admettre la possibilité chez les sujets affaiblis et sans réaction générale.

Quant à la marche latente des abcès tardifs, elle peut s'expliquer par les conditions meilleures dans lesquelles ils évoluent : le repos du membre, le pansement, et aussi les thromboses adhésives et isolantes qui se font dans le réseau, sont des conditions défavorables pour l'infection généralisée.

La fièvre est donc un symptôme précieux de la suppuration variqueuse, mais elle peut manquer dans certaines conditions.

Dans d'autres circonstances, ce signe perd de sa valeur ; la phlébite des goutteux peut se développer chez les goutteux en état de crise ou dans l'intervalle des crises en entraînant une élévation thermique subite. Elle présente en même temps des caractères qui peuvent égarer l'observateur et sur lesquels nous reviendrons au chapitre diagnostique.

Les autres symptômes généraux des suppurations variqueuses sont ceux de toute infection. Il est à noter que la production successive de nouveaux foyers septiques dans le réseau variqueux s'ajoute aux abcès métastatiques possibles pour aggraver l'infection générale et remettre tout en question, alors que l'on croit être maître de la situation.

Symptômes locaux. — Les symptômes locaux de supurations variqueuses varient cliniquement suivant la portion du réseau atteint, suivant l'état anatomique préalable de ce réseau.

A. Broca décrit séparément la phlébite superficielle et la phlébite profonde.

Dans la phlébite superficielle, il étudie la phlébite des veines serpentineuses, déjà bien décrite par Schwartz, et la phlébite des ampoules veineuses.

Quant à la phlébite profonde, il admet qu'elle n'a pas de symptômes caractéristiques (1).

Ces divisions s'appliquent surtout à la phlébite variqueuse non suppurante, septique ou toxique et dans laquelle on peut voir plus facilement ces localisations isolées. La phlébite variqueuse suppurée présente au contraire comme signe capital la tendance à la diffusion ; la multiplicité des abcès est presque la règle et quand on a incisé un nouvel abcès superficiel ou profond, on ne sait jamais si c'est le dernier.

Ce caractère de diffusion n'est pas le seul intéressant, et sans faire des formes cliniques avec les localisations sur les veines superficielles, profondes, sur les ampoules et sur les poches variqueuses isolées, il sera utile d'étudier la marche de l'infection dans ces foyers. Grâce aux thromboses limitantes protectrices, on peut observer l'isolement des foyers, surtout au début de l'infection. Mais le thrombus comme l'adhérence péritonéale est une barrière relative et transitoire : les caillots se désorganisent, suppurent et l'infection se propage.

(1) A. BROCA, *loc. cit.*

Il semblerait donc que la forme type de suppuration variqueuse serait la forme diffuse, cependant on observe des abcès phlébitiques circonscrits.

I. — SUPPURATION CIRCONSCRITE DES VARICES (1). — Les abcès phlébitiques circonscrits n'ont rien de caractéristique, si ce n'est leur contenu. La possibilité de l'évolution para-veineuse des angioleucites suppurées ou du phlegmon banal, rend difficile la distinction de l'abcès phlébitique isolé. En face d'un abcès collecté, si l'on n'a pas suivi l'évolution dès le début de l'inflammation, on ne peut dire que cet abcès est phlébitique.

L'incision du foyer en montrant la présence de caillots et de détritits hématiques caractérise la nature de la lésion impossible à reconnaître avant l'incision par ses symptômes propres, à moins qu'on ait suivi l'infection d'un segment veineux, d'une poche variqueuse, ou qu'un cordon phlébitique adjacent ne signe la lésion.

En dehors de ces signes : inflammation veineuse suivie dès le début, varices visibles et foyers de phlébites voisins ou adjacents à l'abcès, on assiste à l'évolution d'un abcès chaud banal.

Follin et Duplay, en décrivant l'érysipèle comme complication des varices, mettent bien en relief cette association confuse de lésions différentes. « L'érysipèle compliquant les varices est remarquable par sa coloration livide, sa marche lente et chronique. Parfois il est le point de départ d'un phlegmon circonscrit, ou diffus et d'abcès multiples situés le long des veines variqueuses ». Si on se

(1) MAYDIEU admet également une forme circonscrite et une forme diffuse, Thèse Paris, 1881.

rappelle la difficulté clinique où l'on se trouve pour distinguer la périphlébite et la phlébite, on comprendra que l'abcès phlébitique isolé passera souvent pour un abcès chaud banal ou un abcès lymphangitique.

Lorsque l'abcès est isolé, circonscrit, ou bien les thromboses protègent le reste du réseau, ou bien l'agent infectieux est moins virulent ; dans ce dernier cas, la collection évolue plus lentement ; la zone de périphlébite a le temps de s'organiser autour du foyer et d'en masquer l'origine : il prend les allures d'un phlegmon ordinaire.

Mais lorsque la suppuration est diffuse, que l'agent infectieux est plus virulent et dans des conditions meilleures de pullulation, la suppuration est plus rapide : du jour au lendemain, de nouveaux abcès phlébitiques paraissent ; la périphlébite n'a pas le temps de se produire, les collections sanguines sont simplement devenues purulentes et la peau garde son aspect : rien ne traduit à l'œil la présence du pus sous-jacent.

II. — SUPPURATION DIFFUSE DES VARICES. — Quand elle n'est pas le résultat de la pyohémie ou d'une lésion à distance, elle succède le plus souvent à un traumatisme direct récent infectant la veine. Nous avons vu la part qu'il faut accorder aux vieux ulcères comme porte d'entrée et l'importance des lésions, écorchures, ecthyma qui entourent l'ulcère et ne présentent pas, comme lui, un fond de phlébo-sclérose. Nul variqueux n'est à l'abri de cette redoutable complication, heureusement rare, car même les plaies fraîches des veines ne s'infectent pas toujours.

Dans un cas de plaie de la saphène interne, nous avons observé une lymphangite avec adénite, mais le réseau veineux ne s'est pas infecté.

La suppuration frappe successivement les grandes voies de transmission : saphènes, tibiales, péronières, etc., les voies anastomotiques, veines intra-musculaires et inter-musculaires, les ampoules, les confluent veineux, les poches variqueuses isolées.

III. — SUPPURATION DES VOIES DE TRANSMISSION. — Les voies superficielles étant les plus exposées, sont atteintes les premières ; elles suppurent segments par segments, et une série d'abcès successifs, isolés, rangés en série linéaire, conduisent plus ou moins loin, parfois jusqu'à la racine de la cuisse (obs. 1) et (Obs. de Verneuil).

D'après A. Broca (1), c'est à la présence des ampoules morbides qui se produisent au niveau des valvules, sur le trajet de la veine, qu'on devrait ces abcès successifs. Nivert a vérifié à l'autopsie l'existence du pus dans les nouures seules, Boyer dit que dans le cas de phlébite interne « la veine est quelquefois remplacée par une trainée purulente, comme dans une observation du D^r Raskhem. » Ces cas sont constamment mortels, ajoute-t-il, quand ils attaquent les veines profondes.

Nous n'avons observé que la suppuration par étapes des grandes voies de transmission. Comme signe révélateur, on constate une légère teinte violacée, livide, que l'on retrouve au niveau de tout foyer variqueux suppuré lorsque la peau n'est pas trop modifiée, et une fluctuation limitée par un bord cratériforme. Ce bord dur est dû au thrombus d'amont et d'aval, thrombus partiellement désagréé à son centre par les micro-organismes, mais formant barrière, jusqu'à nouvel ordre, autour de l'abcès.

(1) A. BROCA, *loc. cit.*

Sur nos deux malades nous n'avons jamais vu l'ouverture de ces abcès donner lieu à une hémorrhagie ; la veine était toujours fermée des deux côtés.

Dans les cas où la suppuration envahit toute la veine, ces thrombus n'ont pas le temps de se produire sur son trajet ; la peau n'a pas le temps de rougir, mais les signes généraux de la pyohémie et de l'embolie septique traduisent cette infection foudroyante.

D'après Vaquez (1) « lorsque la phlébite est hyperseptique, quand elle est la manifestation la plus expressive de l'infection purulente, il ne se produit pas habituellement de caillots intra-veineux : quand la phlébite est l'expression d'une septicémie à virulence atténuée, la veine s'oblitére fréquemment.

Il ne faudrait pas croire cependant, que la coagulation intra-veineuse et la suppuration s'excluent réciproquement : on peut en effet trouver un caillot dans les veines et du pus dans le tissu cellulaire péri-veineux ; c'est ce que l'on observe si fréquemment dans la phlébite variqueuse ».

Si nous rappelons ces données anatomo-pathologiques, c'est pour montrer qu'il faut s'attendre à tous les intermédiaires dans la suppuration des grandes voies veineuses :

- 1° La suppuration intra-veineuse par abcès successifs ;
- 2° La suppuration péri-veineuse avec caillots intra-veineux non suppurés ;
- 3° La suppuration intra-veineuse totale sans coagulation.

(1) VAQUEZ, De la phlébite des membres. *Clin. de la Charité*, 1895.

IV. — SUPPURATION DES VEINES INTRA ET INTER-MUSCULAIRES OU VEINES DE NUTRITION ET VEINES ANASTOMOTIQUES. — La suppuration de ces veines a une grande importance.

Verneuil a attiré l'attention sur la phlébite primitive ou secondaire des réseaux profonds.

Lorsqu'on ouvre les collections superficielles, on peut suivre la suppuration des veines intra-musculaires. Le muscle infiltré de pus est grisâtre, insensible, et paraît voué à la mortification. Aussi ne s'étonnera-t-on pas de voir plus tard des complications atrophiques et des adhérences profondes.

Ces adhérences profondes immobilisent les muscles dans leurs gaines et, si pendant le traitement une position vicieuse s'est produite, elle persistera plus tard, maintenue par les réactions fibreuses.

La phlébite des veines profondes explique la production du pied-bot phlébitique équin ou varus-équin. Elle joue donc le rôle principal dans l'avenir du muscle. Toutefois, malgré la diffusion de l'infection, les muscles peuvent retrouver une grande partie de leur énergie suffisante pour la fonction du membre.

V. — SUPPURATION DES POCHES VARIQUEUSES OU AMPOULES. — L'infection des poches variqueuses donne naissance à de volumineux abcès ; elle peut se produire avec une rapidité extrême.

« L'inflammation des tumeurs variqueuses, dit Rochard, aboutit tantôt à la thrombose adhésive, tantôt à la suppuration. Dans ce dernier cas, la poche variqueuse est transformée en poche purulente ; si on ne l'ouvre pas, elle

se rompt en laissant échapper un liquide sanieux, rougeâtre, rempli de caillots altérés.

Dans ce cas, la cicatrisation s'opère bien difficilement et le plus souvent il se forme un ulcère sur le point où la rupture s'est effectuée ».

Ces poches sont tantôt presque isolées des gros troncs « dilatations ampullaires latérales », tantôt situées sur le trajet d'un gros tronc dont elles constituent la dilatation « ampullaire circonférentielle ».

Dans le premier cas, elles peuvent s'enflammer isolément, séparées de la veine par un thrombus. Dans le second, elles peuvent s'isoler en s'enflammant et donner lieu à ces accès successifs : « abcès ampullaire de Nivert et Hervieux ».

L'ampoule la plus volumineuse est constituée par le confluent de la saphène interne dans la veine fémorale ; la suppuration de ce confluent est rare et nous ne connaissons que le cas qui nous est personnel.

La suppuration des poches variqueuses présente comme premier caractère la rapidité de la formation. Lorsque la peau sus-jacente est saine, sans cette coloration ardoisée si fréquente sur les vieilles jambes variqueuses, elle peut pendant quelque temps ne présenter aucune modification, mais elle ne tarde pas à prendre une teinte livide, violacée qui est caractéristique.

Au niveau de certaines poches, la peau est tellement amincie qu'elle se rompt en présentant une ligne de déchirures ; d'autres fois, il y a un foyer de périphlébite et la peau s'ulcère comme dans un phlegmon ordinaire.

Ces ruptures ou ouvertures spontanées donnent lieu à

ce qu'on a appelé des fistules veineuses. Ces fistules n'assurent pas l'évacuation rapide ; elles pourraient donner lieu à un ulcère. Nous pensons que l'infection purulente est ici plus à craindre que l'ulcère ; ce dernier résultant d'un processus nécrotique encore mal élucidé, ne guérit qu'après de longs soins tandis que les abcès de phlébite variqueuse bourgeonnent vigoureusement dès le 4^e ou 5^e jour d'une désinfection énergique.

L'ulcère dû à un véritable abcès phlébitique doit être très rare.

Au niveau des poches variqueuses suppurées, on peut encore trouver ce bord cratériforme qui rappelle le bourrelet de l'hématome. Nous croyons qu'il constitue un bon signe pour reconnaître la présence du pus dans les poches variqueuses, lorsque ces dernières sont recouvertes par une peau ardoisée où la rougeur et les signes ordinaires de l'inflammation font défaut. Du reste, chez la malade de l'observation II, sur les 23 abcès, on ouvrit une poche sanguine qui évacua son contenu et ne donna lieu à aucune hémorrhagie. Nous croyons qu'on a beaucoup exagéré la gravité de l'ouverture de ces poches avant la suppuration.

La douleur qui accompagne ces collections est extrêmement variable, comme la douleur en général chez les variqueux.

Les autres signes de la phlébite : œdème, tension, pesanteur, n'ont ici aucun caractère particulier, si ce n'est une intensité extrême dans quelques cas.

Le siège du premier abcès n'est pas toujours en rapport avec la porte d'entrée, l'abcès peut être situé à la partie supérieure de la jambe et la porte d'entrée au niveau des

malléoles. Entre ces deux points, on peut voir des abcès successifs se développer et s'ouvrir les uns dans les autres de haut en bas ou de bas en haut. Mais nous n'avons pas observé de suppuration au-dessous de la porte d'entrée, et dans nos deux cas, l'agent d'infection ne paraît pas avoir suivi de voie rétrograde. C'est ainsi que le réseau entier de la jambe suppurant à la suite d'une effraction pré-malléolaire, le réseau du pied n'a été le siège d'aucun abcès ; le pied était cependant douloureux.

La formation des abcès au-dessous du premier s'explique d'ailleurs facilement : une partie quelconque du réseau veineux peut offrir des conditions meilleures au développement des micro-organismes et suppurer avant les autres portions qui sont plus près de la porte d'entrée.

D'un autre côté, plusieurs points du réseau veineux peuvent être infectés simultanément et ne pas réagir dans le même laps de temps.

Enfin l'infection rétrograde dans le système veineux doit être admise en dehors de la réinfection pyohémique.

Lorsqu'on étudie la formation des caillots valvulaires phlébitiques « on voit qu'ils se font consécutivement à l'oblitération d'une portion supérieure du système veineux et par le fait du remous et de la stase qui s'opèrent alors dans la portion inférieure de ce système ».

Cette opinion, exprimée par Trousseau (t. III, p. 727), reprise par Troisier et par Vaquez, n'exclut pas la possibilité pour les caillots de débiter au niveau des confluent veineux (opinion de Lancereaux). Elle nous a paru aider à l'interprétation des abcès phlébitiques que l'on peut appeler rétrogrades.

Dès qu'on trouve un abcès, il importe d'examiner dans sa totalité accessible le système veineux du membre atteint. Les veines du mollet, du creux poplité et de la face postérieure de la cuisse seront examinées centimètre par centimètre ; on arrive ainsi, sinon à prévoir l'abcès (car il peut se produire en une nuit), du moins à surprendre sa formation dès le début.

Cruveilhier a remarqué un des premiers que la phlébite ne procédait pas d'une façon continue, uniforme, mais qu'elle évoluait souvent par poussées successives.

Il n'est pas rare, dit Vaquez, de voir une adhérence intime de caillots exister au niveau de la veine poplitée, alors que dans la partie située plus haut, le caillot reste libre pour redevenir adhérent plus haut encore.

La suppuration du réseau profond donne lieu à des collections qui s'ouvrent dans les collections superficielles. Ces dernières, après quelques jours de désinfection énergique, bourgeonnent et ne fournissent presque plus de suppuration ; on croit en avoir fini avec ce point lorsque, subitement, on voit la surface du foyer devenir grisâtre et le pus sourdre dans le fond. La moindre pression douce exécutée sur les masses musculaires évacue alors le contenu d'un nouvel abcès dans la cavité de l'ancien.

Il y a là un véritable abcès en bouton de chemise ; le doigt s'engage facilement dans l'interstice intermusculaire et on constate la communication des veines profondes et superficielles.

La suppuration de ces veines d'anastomose doit être recherchée dans le fond de toutes les poches superficielles

que l'on a pu ouvrir ; dès que l'on voit sourdre du pus, il faut chercher l'interstice et le foyer profond.

Les foyers variqueux évacués et désinfectés guérissent en effet rapidement, quoi qu'on en ait dit, et ne fournissent plus qu'une suppuration minime.

La suppuration des veines intra-musculaires aurait une grande importance au point de vue de l'avenir des muscles.

La suppuration du confluent de la saphène interne dans la fémorale (obs. I) peut créer un incident clinique assez intéressant. A. Broca dit ne pas en avoir relevé d'observation (1). Le malade de notre observation I était un magnifique exemple de cette localisation, le paquet variqueux qui occupait le triangle de Scarpa était considérable ; il y avait là périphlébite et peut être adénite surajoutée. Nous croyons que cette localisation aussi rare que grave est la dernière étape phlébitique compatible avec la vie car les veines iliaques sont alors prises. Dans notre cas l'incision de l'abcès donna issue à du pus et à des caillots noirs ; le malade succomba le lendemain.

A propos du contenu de cette volumineuse poche phlébitique, nous dirons que les caillots ne se trouvent pas toujours dans les collections phlébitiques ; souvent le contenu est complètement purulent suivant l'âge de l'abcès et la transformation des caillots.

(1) A. BROCA, *Etude clinique sur la phlébite variqueuse*.

CHAPITRE IV

Pronostic.

Une suppuration variqueuse isolée, circonscrite, peut évoluer comme un phlegmon ordinaire et avoir une issue bénigne. Malheureusement, on ne sait jamais si un foyer de phlébite variqueuse restera isolé et circonscrit.

Cette affection a pour grand caractère de procéder par poussées et chacune de ces poussées tardives renouvelle les dangers de la localisation primitive. Les complications emboliques et pyohémiques restent longtemps en perspective.

De même que l'on voit des phlébitiques convalescents succomber à une embolie foudroyante, de même on peut voir remonter subitement dans le cours d'une phlébite, la température que l'incision d'un abcès avait ramenée à la normale. Un nouvel abcès se forme près du premier ou loin de lui et révèle l'évolution cachée de l'agent pathogène.

Tant que l'abcès est pratiquement accessible au bistouri, le pronostic, tout en restant très réservé, peut être favorablement influencé par le traitement. Mais si la suppuration envahit par exemple le confluent de la saphène dans la fémorale, comme cela est possible [(obs. I) et obs. de Verneuill] on peut regarder les veines du bassin comme prises et le malade n'a plus que les chances restreintes d'un pyohémie.

Le pronostic de la phlébite variqueuse suppurée est des plus graves et subordonné à l'intervention. Avant l'antisepsie, les vieux auteurs signalent toute phlébite suppurative comme se terminant ordinairement par la mort. Cependant, même à cette époque, la possibilité de la guérison était admise : « il est des cas heureux dit Valleix où, bien que l'infection purulente soit évidente, la guérison a lieu. Vidal de Cassis a rapporté un cas très remarquable de guérison d'une phlébite survenue chez un vénérien à la suite d'une saignée, et qui avait donné lieu à tous les symptômes de l'infection purulente : abcès multiples, crachats purulents, selles purulentes, frissons répétés. » Bérard, Michon, Sédillot, Jobert ont vu aussi des cas de guérison.

Aujourd'hui, le pronostic est moins sombre, grâce à l'antisepsie. Malheureusement, les malades arrivent presque toujours avec une suppuration diffusée dans tout le réseau et bénéficient rarement de l'intervention précoce.

On peut être amené à inciser la jambe sur toutes ses faces par suite de l'infection de tout le réseau veineux. Cependant, dans ces cas, il y a lieu de ne pas désespérer du malade, mais l'abcès phlébitique du confluent de la saphène nous paraît marquer la dernière localisation conciliable avec la vie.

Lorsque ce point suppure, le dénouement fatal est inévitable, à moins d'heureuses exceptions que rien ne peut faire prévoir. Jusque-là, l'infection progressive du réseau veineux de la cuisse, succédant à l'infection du réseau de la jambe, peut être jugulée.

Chez la malade de notre observation II, un seul abcès a été ouvert sur le trajet crural de la saphène interne. Après

la suppuration diffuse du réseau de la jambe, malgré les craintes que fit naître l'apparition de cet abcès sur une grande voie de transmission comme la saphène, la malade a guéri.

Les complications qui peuvent assombrir le pronostic sont de deux ordres : les unes affectent l'organisme entier ; ce sont l'embolie et la pyohémie, cette dernière relevant de l'embolie septique simplement microbienne, ou formée de fragments de thrombus infectés.

Les autres frappent le membre immédiatement ou ultérieurement (troubles nerveux, troubles moteurs).

Nous n'avons rien de particulier à dire sur l'embolie et la pyohémie qui ne soit dit dans toutes les monographies sur la phlébite. Il semble toutefois que les nécessités du pansement et les manipulations que réclame la recherche des abcès et leur désinfection, devraient rendre plus fréquent le détachement des caillots.

Les abcès qui siègent à la partie postérieure du membre ne peuvent être bien découverts et bien pansés qu'en soulevant le membre. Mais nous croyons qu'avec des précautions et en réduisant au minimum le déplacement du membre et l'exploration digitale, on n'augmente pas les chances d'embolie. D'ailleurs, il y a urgence à intervenir, car, ce qui menace avant tout, c'est l'embolie microbienne et l'infection générale. Tout abcès méconnu aggrave le pronostic.

Au point de vue de la possibilité d'une embolie, il faut tenir compte de l'âge de la phlébite qui règle l'adhérence des caillots. La phlébite évoluant par poussées, c'est la

dernière poussée autrement dit les derniers caillots sur lesquels on se fixera pour faire marcher le malade.

Enfin, nous croyons que l'ouverture précoce des collections est le meilleur moyen préventif de l'embolie comme de la pyohémie.

Les complications immédiates qui peuvent affecter le membre phlébitique, l'érysipèle, l'angioleucite, peuvent aggraver la phlébite variqueuse suppurée en la rendant diffuse.

Nous savons, du reste, combien il est difficile de faire la part entre la phlébite et la périphlébite (1). En clinique, il faut se rappeler la solidarité presque obligatoire de la veine variqueuse et des tissus voisins.

Dans les phlébites variqueuses suppurées d'intensité moyenne, les tissus voisins participent toujours plus ou moins à la suppuration d'un foyer variqueux, et si le pronostic est aggravé, c'est plutôt par la virulence de l'agent infectieux que par sa localisation sur les lymphatiques.

Les complications qui peuvent frapper ultérieurement le membre sont moins graves que ne le laisserait supposer la gravité des lésions. La terminaison de la suppuration variqueuse par un ulcère variqueux nous paraît liée à l'absence de traitement, car une plaie ou lésion infectée quelconque guérit aussi bien chez les variqueux que chez les non variqueux.

Nous avons vu des débridements de plus de 18 centimè-

(1) Lorsque la suppuration a lieu, elle se fait soit dans le tissu cellulaire périveineux, soit dans la cavité vasculaire, soit dans les deux à la fois ; cette distinction établie par presque tous ceux qui se sont occupés de la phlébite variqueuse n'a pas en général un intérêt pratique considérable. BROCA, *loc. cit.*

tres de long sur 0,06 et 0,11 centimètres de profondeur bourgeonner très rapidement alors même que d'autres abcès se préparaient au-dessous.

Aussi ne faut-il admettre l'ulcère que comme une complication de l'abcès phlébitique non soigné. « Hogdson parle de ces ulcères qui commencent par des abcès situés autour des veines et Leveillé signale le début par de petits abcès phlegmoneux.

De même, Liston décrivant les ulcères atoniques dit qu'il peut exister en plusieurs points du voisinage de petits abcès isolés (A. Broca).

En réalité, l'ulcère variqueux est une complication de la phlébite variqueuse simple (1); la phlébite variqueuse suppurée peut en faciliter l'apparition, comme tout ce qui produit une solution de continuité.

Les processus infectieux peuvent avoir une action favorable sur les varices et les ulcères variqueux.

La phlébite adhésive détermine une cure partielle des varices; de même la phlébite suppurée détruit d'anciens foyers variqueux, et sans guérir les varices, elle peut déterminer une cure partielle de ces dilatations. Enfin, on a vu des ulcères variqueux guérir à la suite d'un érysipèle.

Nous laissons de côté tous les troubles nerveux, sensitifs, moteurs, trophiques qui relèvent de toute phlébite non suppurée. Vaquez en a donné une description aussi complète que possible (p. 796, *loc. cit.*)

Parmi les troubles trophiques prévus de la phlébite, M. Verneuil a signalé une déformation spéciale qu'il décrit

(1) Observation d'HERVIEUX. — Voir BEURNIER, *loc. cit.*
MÉRIEUX

sous le nom de pied-bot phlébitique. Cette difformité peut être rapportée à deux formes : l'équin et le varus équin, avec ce caractère particulier que les orteils, au lieu d'être peu déviés, mobiles et généralement en extension forcée, sont ici rigides, immobiles, fléchis plus ou moins et parfois en forme de griffes, ce qui permet de reconnaître que les agents de la déviation du pied sont surtout les muscles de la couche profonde. M. Verneuil tend dès lors à admettre que les altérations sont en rapport avec la phlébite des veines profondes.

Dans notre observation II, nous avons vu que la malade restait atteinte d'un pied-bot équin avec orteils mobiles, mais légèrement en griffes.

Peut-on considérer ce pied-bot comme un pied-bot phlébitique consécutif à la suppuration du réseau? Evidemment, mais il existe ici un autre facteur pathogénique qu'il faut signaler.

L'état douloureux de la jambe et les pansements multiples (pansements renouvelés deux fois par jour pendant trois semaines) ont empêché d'immobiliser la jambe et le pied dans la rectitude ; le pied s'est progressivement déjeté en arrière sous l'action des fléchisseurs, un pied équin s'est constitué sans qu'on pût rien faire pour l'éviter. Mais, bien qu'il se soit développé chez une phlébitique et pendant la phlébite, il aurait été évité si une bonne position avait pu être assurée au pied.

Actuellement, ce pied-bot a diminué considérablement sous l'action du massage ; toutefois une ténotomie sera nécessaire pour remettre le pied à angle droit.

Ce pied-bot est la seule complication importante qui ait

succédé, dans notre cas, à la suppuration variqueuse ; malgré les débridements multiples et profonds, la peau a conservé sa sensibilité, les muscles leur contractilité électrique, et après 6 mois de séjour à l'hôpital, la malade possède un membre en bon état, qui ne s'œdématie pas plus que l'autre lorsqu'elle marche.

Nous pensons que ce résultat favorable sera toujours obtenu grâce à un traitement énergique.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic des suppurations variqueuses ne présente pas de difficulté pourvu que l'on y songe.

Tout variqueux qui souffre de ses varices et a de la fièvre doit être suspecté d'abcès phlébitique, et on examinera son réseau veineux méthodiquement.

Lorsque la phlébite est secondaire à un autre foyer d'infection connu (suppuration pelvienne par exemple), la connaissance de la cause déterminante de l'infection ne devra pas détourner l'attention des localisations à distance.

Dans le cours d'une phlébite variqueuse aiguë, la nécessité d'immobiliser le membre et les dangers de l'exploration digitale peuvent laisser inaperçu un foyer variqueux en pleine suppuration. La tension, la douleur, l'impotence fonctionnelle, l'œdème, appartiennent aussi bien à la phlébite non suppurée. Seule, la fièvre est presque pathognomonique ; dès qu'on l'a constatée, il faut chercher le point infecté.

Quand on a affaire à un abcès circonscrit, isolé sur le membre inférieur, il y a lieu de se demander si cet abcès n'est pas phlébitique. S'il y a périphlébite, on peut avoir les signes d'un phlegmon ordinaire, mais le trajet de la veine est toujours douloureux et, près de la poche, on

trouve toujours quelque veine afférente ou efférente formant cordon phlébitique.

L'incision de l'abcès donne, en général, issue à des caillots noirâtres, débris des coagulations thrombosiques.

La phlébite variqueuse se termine le plus souvent par résolution, mais il est de nombreux cas où le diagnostic sera très difficile. Maydiou a signalé plusieurs de ces observations où la suppuration a été longtemps considérée comme imminente.

Les phénomènes généraux, quand ils ne sont pas liés à une autre infection concomitante, seront ici très précieux : la fièvre persistante, la teinte livide rapidement prise par la peau sus-jacente au pus, et la fluctuation permettent en général de reconnaître facilement la formation du pus.

Quelquefois, la connaissance d'une tare organique : diabète, albuminurie, cardiopathie, fera prévoir la suppuration.

Le diagnostic différentiel devra être fait avec l'érythème noueux. Cette affection siège surtout aux membres inférieurs ; sauf dans quelques cas, elle est apyrétique ; la nodosité n'a pas de tendance à la suppuration ; elle siège sur les membres inférieurs ou ailleurs, elle n'est pas accompagnée de varices etc.

Avec la lymphangite : « on voit cette dernière plutôt qu'on ne la sent » ; les traînées rougeâtres quand elles existent ne sont pas aussi bien systématisées dans la phlébite que dans l'angioleucite.

L'adéno-lymphangite n'existe que rarement avec la phlébite. Girardot, cité par Schwartz, n'a pu en signaler que deux cas.

Le diagnostic différentiel peut se faire avec un phlegmon

circonscrit ou avec un abcès diffus ; ce dernier peut se compliquer de phlébite variqueuse. L'examen de la veine adjacente, la présence de petits abcès qui presque toujours existent, signalent la lésion.

Enfin, on fera le diagnostic avec la phlébite goutteuse ; cette dernière s'accompagne d'élévation de température et de douleurs violentes ; le début est soudain. Les caractères, signalés par Paget, sont les suivants : distribution symétrique de la phlegmatie, tendance à la métastase et aux récidives, absence de suppuration, localisation élective sur les veines superficielles plutôt qu'aux veines profondes, coloration rouge foncé de la peau, dureté et sensibilité à la pression de la veine enflammée.

La fièvre, les métastases, les localisations articulaires seraient susceptibles de simuler une infection généralisée.

CHAPITRE VI

Traitement.

Le traitement de la phlébite variqueuse suppurée est très important.

L'affection qui nous occupe étant très souvent primitive et réduite à l'état de lésion locale, on peut espérer la circonscrire et empêcher qu'elle ne se termine par pyohémie.

Des soins minutieux sont nécessaires pour traiter ces suppurations hyperseptiques. On ne les voit qu'accidentellement dans les services de chirurgie ; les malades qui en sont atteints arrivent toujours dans un état lamentable, soit qu'ils aient été victimes du pansement sale ou d'une erreur de diagnostic ; soit que leur incurie ou encore la rapidité de l'infection ait empêché l'application d'un traitement énergique.

Ces malades peuvent rester pendant des mois au seuil de la pyohémie malgré les soins qu'on leur donne, et cela par suite des poussées multiples qui se succèdent jusqu'à la suppuration totale d'un réseau veineux. Il est évident que nous faisons allusion ici aux formes graves et que la forme circonscrite peut se juger avec un coup de bistouri.

Le traitement de la phlébite variqueuse suppurée comprend :

1° Un traitement immédiat, pendant le stade de suppuration, et dans lequel la préoccupation primordiale et cons-

tante doit être de sauver le malade, quels que soient les débridements nécessaires, tout en songeant à l'avenir du membre.

2° Un traitement ultérieur qui s'adresse au membre. Celui-ci a été criblé d'incisions, troublé dans sa vitalité par la phlébite profonde des veines de nutrition et par les altérations nerveuses que les varices des nerfs et le liquide de l'œdème déterminent. Un traitement énergique pourra seul utiliser ce qui lui reste d'éléments actifs.

Traitement immédiat. — Dans le traitement des varices et de leurs complications, Schwartz et Rochard (1) ne consacrent pas de chapitre particulier à la suppuration variqueuse : « Lorsque la suppuration a envahi une tumeur variqueuse, il faut la traiter comme un phlegmon ordinaire, donner issue au pus par une incision et recourir ensuite au pansement antiseptique pour éviter les accidents qu'on a toujours à redouter lorsque les veines sont enflammées ».

C'est là le principe général du traitement de toute collection septique, mais son application réclame ici des soins précis et rigoureux.

C'est ici que l'on peut répéter « qu'il ne suffit pas d'ouvrir ; en effet, il faut bien ouvrir et bien panser ; la vie du malade en dépend et l'infection purulente peut emporter le malade en quelques jours.

Voici comment nous formulons le traitement :

Le premier point à établir, c'est la nécessité d'avoir toujours sous les yeux la totalité du réseau veineux accessible pour suivre la formation des abcès. Il est impossible de ne pas mobiliser le membre, et si la crainte de l'embolie

(1) SCHWARTZ, *loc. citato*.

doit rendre circonspect, il faut cependant bien se garder de sacrifier les soins antiseptiques à l'immobilisation.

Si on mobilise le membre, on le fera toujours dans le même sens : mouvement d'élévation et d'abaissement exécuté par un aide qui tient le membre suspendu par le bout des orteils. En dehors du pansement, le membre ne doit jamais reposer que sur une épaisse couche de ouate, mollement tassée dans une large gouttière : on aura toujours soin du talon qui est particulièrement exposé ici aux vives douleurs.

Dès qu'un foyer variqueux suppuré a été reconnu, il doit être largement ouvert dans toute sa longueur, de façon à ce qu'on puisse, en quelque sorte, le panser à plat et avoir sous les yeux toute sa surface ainsi étalée ; on le vide de son contenu pyo-hématique par un grand lavage ou même avec de petits tampons montés. On usera du sublimé au 1000° ou de l'eau phéniquée forte ; dans les cas de fétidité extrême du foyer, on peut désinfecter au chlorure de zinc. On bourrera ensuite le foyer avec de la gaze salolée trempée dans l'eau boriquée ; un pansement humide boriqué sera appliqué sur la jambe.

Il faut bien se garder dans ces formes diffuses hyperseptiques de compter sur le drainage ; il est ici insuffisant et n'assure pas la sortie immédiate des caillots non encore désagrégés ; il empêche de surveiller le fond de la plaie.

Tout abcès qui n'est pas ouvert d'un bout à l'autre continue à sécréter du pus, à favoriser les décollements et la formation de nouveaux abcès. Au contraire, toute poche, tout peloton veineux incisé guérit merveilleusement sous

l'influence du pansement et l'incision permet de surveiller le réseau veineux sous-jacent ou voisin.

Dès qu'un abcès a été ouvert, il faut se préparer à en ouvrir d'autres ; la chute de la température, l'amélioration de l'état du malade ne doit pas diminuer la surveillance du réseau veineux entier. A chaque pansement, on l'examinera en restant sobre de palpation ; on cherchera les abcès au-dessous et au-dessus du premier. La moindre oscillation thermique au-dessus de 37° doit être tenue pour suspecte et faire chercher un nouveau foyer.

Nous avons vu que chez notre malade (obs. II) la température n'était réellement normale qu'à 36° et 36°5 ; l'atténuation progressive de la réaction fébrile n'empêchait pas les oscillations thermiques d'être précieuses et d'annoncer la présence d'un nouvel abcès.

Lorsqu'on a ouvert et nettoyé une cavité purulente, il faut examiner attentivement et voir si le pus ne vient pas sourdre dans un point précis, on découvre ainsi l'orifice d'évacuation d'un foyer profond. Si le pus vient sourdre dans un interstice il faut élargir cet interstice avec le doigt ou la sonde ; on videra ainsi des abcès sous-jacents qui forment avec le premier un abcès en bouton de chemise. Si le trajet est très profond et si le doigt, légèrement appuyé sur la face opposée du membre, fait sortir le pus, on fera une contre-ouverture, car il est de toute nécessité que l'évacuation soit complète et entière dès le premier jour.

La multiplicité des incisions sauvegardera la vie du malade et aussi l'avenir du membre ; les muscles paraîtront souvent grisâtres, infiltrés de pus et insensibles au tou-

cher avec ces caractères que Verneuil a décrits dans le cas de suppuration des veines intra-musculaires. En peu de jours, ces surfaces grisâtres se modifient et bourgeonnent si le pus peut s'écouler.

Les abcès ouverts sur la face interne du tibia ou à cheval sur sa crête peuvent se cicatriser parfaitement, même lorsque la peau présente cet aspect ardoisé des téguments variqueux.

C'est ce qui s'est passé pour l'observation II. Cette malade avait eu autrefois un ulcère variqueux et ses téguments n'inspiraient guère de confiance.

Après avoir paré au plus pressé et incisé les grands foyers, il faut (et c'est un grand point du traitement) rechercher la porte d'entrée.

S'il y a un ulcère variqueux, on suivra toute sa surface et surtout ses bords.

Les moindres lésions : excoriations, pustules d'ecthyma, plaque d'eczéma variqueuse, seront examinées soigneusement et désinfectées en conséquence.

Pendant tout le cours de l'affection, la porte d'entrée sera particulièrement traitée, quelle que soit son exiguité.

Dans l'usage des antiseptiques, nous avons remarqué que les personnes variqueuses pouvaient présenter une résistance remarquable. La malade de l'observation II pansée deux fois par jour pendant plusieurs semaines, avec des solutions fortes, n'a pas présenté le moindre signe d'irritation cutanée. On ne peut affirmer qu'il en serait toujours ainsi. Nous croyons qu'il faut s'attendre chez ces malades à de nombreuses variétés.

La permanence du pansement humide pendant de longs

jours peut exiger le râclage du membre : l'épiderme ramolli, à demi exfolié, surtout au pied, finirait autrement par macérer et devenir une cause d'infection.

Ce râclage sera fait, s'il est reconnu indispensable, pour assurer l'antisepsie du membre et il sera pratiqué avec la plus grande douceur ; il est du reste exécuté très facilement avec une spatule et sans presser sur le membre.

Le thermocautère semblerait fournir plus d'avantages pour ouvrir ces abcès phlébitiques et en désinfecter les parois. Il nous a paru inférieur au bistouri ; il escharifie en effet les parois de la poche et nuit à l'antisepsie les jours suivants, l'eschare devant s'éliminer. Il est douloureux pour des malades qui ont déjà eu à subir des incisions multiples ; enfin, il ne peut servir à désinfecter les foyers profonds, car il risque de léser les artères et les nerfs adjacents aux troncs veineux.

Enfin, il défigure la couleur des tissus et empêche d'apprécier pendant quelques jours leur vitalité.

Le bistouri et les antiseptiques ordinaires sont suffisants.

A ces préceptes généraux, il convient d'ajouter quelques notions particulières touchant le siège des abcès.

En ouvrant successivement les abcès étagés en série linéaire sur le trajet d'une grande voie de transmission, comme la saphène interne, on finit par transformer toute la veine en gouttière et arriver à la racine du membre.

Dans l'observation I, on se trouve en face d'une énorme masse inflammatoire siégeant au niveau de la saphène interne. La présence du pus était indiscutable ; on avait pu admettre un adéno-phlegmon de la région, mais l'état du

cordon phlébitique adjacent indiquait l'origine veineuse.

Ouvrir une pareille masse veineuse semblait exposer à une hémorrhagie mortelle, ou à la mobilisation de coagulations emboliques. Le malade était très mal, avec des signes de broncho-pneumonie infectieuse. On ouvrit cependant la collection : il s'écoula un flot de pus et une grande quantité de caillots noirâtres. Le malade succombait le lendemain aux suites de l'infection généralisée. Il n'eut pas d'hémorrhagie, mais à chaque effort de toux, il expulsait des masses de caillots noirâtres.

En pareil cas, ne doit-on pas intervenir ?

Si l'on considère que dans toutes les autres collections phlébitiques l'incision n'a jamais été suivie d'hémorrhagie, même sur les grosses poches variqueuses, on admettra que l'ouverture du confluent de la saphène est possible sans hémorrhagie. De même pour la mobilisation des caillots, l'ouverture des foyers ne paraît pas devoir la favoriser.

Le mauvais état général du malade ne pouvait être une contre-indication et, bien que cette dernière localisation parut à peu près fatale, il était indiqué d'inciser cette collection, comme une dernière chance pour le malade.

Le retard dans l'incision des abcès expose à la désagréation des caillots qui isolent la poche et à toutes ses conséquences.

Nous rappelons ici l'intervention de Rigaud qui dans un cas d'embolies répétées parties d'une poche purulente, pratiqua la ligature de la veine au-dessus de la poche et fit cesser les accidents emboliques.

Les suites d'une suppuration variqueuse diffuse peuvent être graves pour la vie du malade et pour l'avenir du membre atteint.

Ici, comme dans toute phlébite, c'est la dernière localisation veineuse qui règle le jour où le malade pourra mobiliser son membre.

Nous ne pouvons faire mieux que de rappeler ici les règles que Vaquez formule pour le traitement de la phlébite en général. Mais avant, nous rappelons que dans la phlébite variqueuse suppurée, les nécessités de pansement obligent souvent à fléchir légèrement la cuisse sur le bassin.

Dans notre cas (obs. II) la veine fémorale n'étant pas atteinte, il n'y eut pas d'inconvénients, mais il n'en serait pas de même dans le cas de phlébite des veines crurales : le danger de l'embolie résulte surtout de la flexion de la cuisse sur le bassin.

Si on a été assez heureux pour panser le malade sans déterminer des mouvements intempestifs, on devra se souvenir que la convalescence n'exclut pas le danger. « C'est, dit Vaquez, le 30^e jour après le début de la dernière oblitération phlébitique, que l'on pourra relever la tête et le tronc du malade, au moyen d'un oreiller. Vers le 35^e jour, le décubitus latéral ne sera plus dangereux, mais l'on n'autorisera pas encore la flexion du tronc sur la jambe. Au 40^e jour enfin, le malade pourra s'asseoir, mais il sera encore prudent qu'il évite tous les mouvements brusques ou violents ».

A côté de ces prescriptions se placent toutes celles qui ont pour but d'éviter la mobilisation possible des caillots. Dans la phlébite suppurée il n'est pas besoin d'applications de topiques pour calmer les douleurs ; il faut donc les proscrire. Le seul calmant est l'évacuation du pus.

Traitement ultérieur. — Les conséquences tardives des suppurations variqueuses diffuses peuvent être très variables. On ne peut dire que les varices guérissent après la phlébite suppurée, mais il est certain que les foyers variqueux peuvent être détruits et que le malade bénéficie d'une cure radicale relative.

Depuis l'observation de Hervieux, de nouveaux cas ont été publiés (1).

La malade de l'observation II a certainement bénéficié de ce processus curateur et tous ses gros foyers variqueux sont avantageusement détruits.

Les incisions multiples et profondes sont moins à craindre pour l'avenir du membre qu'on pourrait le croire. En effet, à la jambe, les incisions siègent dans deux zones principales : l'une superficielle, qui comprend la saphène interne et les régions antérieure, externe et postérieure de la jambe ; on peut ici ouvrir toute la veine et les foyers adjacents sans léser d'organe important ; l'autre profonde, pour laquelle on peut utiliser la première.

A travers la première zone, on peut en effet atteindre le réseau profond et si l'on surveille le fond des incisions superficielles, on sera maître de ce réseau sans grands délabrements.

En dedans, on s'engage ainsi sous la masse du mollet en décollant les interstices (obs. II), de même en dehors à travers les muscles de la région antéro-externe de la jambe.

La zone de la saphène externe n'est dangereuse qu'au

(1) BEURNIER, *Des varices*, biblioth. Charcot-Debove.

creux poplité, mais, en toute région, on pourra éviter les dégâts.

Quoi qu'il en soit, le membre peut rester impotent principalement par atrophie, par rétractions profondes.

L'atrophie sera combattue par l'hydrothérapie tiède suivie de massage.

Vaquez recommande cette pratique, en apparence paradoxale, dit-il, mais pleinement justifiée et sans aucun danger.

MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage se rattacheraient d'ailleurs à ce mode de traitement.

Deux mois environ après la dernière poussée de phlébite, on peut être sûr que les mouvements spontanés ne peuvent détacher un fragment de caillot adhérent à cette époque.

La malade de l'observation II a été soumise au massage et le résultat a été excellent. Son pied-bot s'est réduit graduellement, les doigts ne présentent que peu de raideur, et, à part la rétraction du tendon d'Achille, qui nécessitera peut-être une ténotomie, l'état du membre promet un fonctionnement futur compatible avec la profession pénible de la malade.

L'œdème sera combattu par le massage et la compression avec une bande de flanelle, mais la suppression des paquets variqueux malades et du tronc de la saphène, paraît avoir une heureuse influence sur la circulation (obs. II). Enfin l'électricité sous forme de courant faradique pourra rendre d'utiles services.

Conclusions.

La phlébite variqueuse suppurée mérite une étude spéciale :

Elle peut évoluer seule à la suite d'une lésion locale insignifiante ou d'une lésion à distance (foyer septique) tandis que les autres phlébites chirurgicales succèdent presque toujours à une lésion grave qui masque la physionomie de la localisation veineuse.

Le réseau variqueux est admirablement organisé pour l'infection ; sa constitution rend presque inévitable la multiplicité des abcès et leur formation rapide ; les poches variqueuses deviennent poches purulentes du jour au lendemain.

La préexistence des poches variqueuses rend possible la formation d'une collection purulente sans suppuration périphlébitique.

Dans les formes primitives, la marche peut être lente ou très rapide suivant que les thrombus protecteurs résistent ou sont désagrégés par la suppuration.

Il existe une forme circonscrite et une forme diffuse, mais on ne sait jamais si la première ne deviendra pas diffuse.

La suppuration des varices peut avoir des conséquences favorables (guérison des foyers variqueux) ou défavorables (atrophie musculaire, rétraction, pied-bot phlébitique, etc.).

Le pronostic dépend presque entièrement de la précocité de l'intervention et de ce mode d'intervention.

Le diagnostic est susceptible d'être méconnu par suite de la rareté des suppurations variqueuses et du soin que l'on a de ne pas toucher les membres atteints de phlébite.

L'ouverture des collections doit être aussi complète et aussi précoce que possible afin d'empêcher la désagrégation des caillots en amont et en aval de la poche et de prévenir ainsi embolie et pyohémie.

Le traitement présente encore certaines particularités soit immédiates soit ultérieures : Il faut agir vite avec le moins de délabrements possible et songer à l'avenir du membre. Le traitement ultérieur consiste dans le massage, l'électrisation et l'hydrothérapie tiède en temps opportun.

Vu :

Le Président de la thèse,
PAUL BERGER.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot.— J. THEVENOT, successeur, St-Dizier (Haute-Marne).
